

Infección urinaria en el varón

Fecha de la última revisión: **16/11/2013**

Índice de contenidos

1. [Introducción](#)
2. [Bacteriuria asintomática](#)
3. [Cistitis y pielonefritis aguda](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autora](#)

Introducción

La infección del tracto urinario (ITU) en el varón incluye un grupo heterogéneo de síndromes clínicos: bacteriuria asintomática, cistitis, infección urinaria en paciente sondado, prostatitis y pielonefritis. La inclusión en cada categoría depende de los síntomas relacionados con el tracto urinario, antecedentes genitourinarios, coexistencia de litiasis o sonda uretral y comorbilidad (Gupta K, 2012).

A diferencia de la mujer, la ITU en el varón con frecuencia se asocia a otros problemas, como dificultad para vaciar la vejiga o haber sido sometido a manipulación urológica instrumental, entre otros, motivo por el que en la mayoría de los casos se le considera ITU complicada, pocos varones de edades entre 15 y 50 años tendrán una ITU no complicada. Se consideran factores de riesgo: hipertrofia de próstata, manipulación urológica, sonda uretral, litiasis, problemas relacionados con vejiga neurógena (Gupta K, 2012), coito de inserción anal y ausencia de circuncisión (Hooton TM, 2013).

Bacteriuria asintomática

La bacteriuria asintomática (BA) en el varón supone la existencia de un urocultivo positivo, 10⁵ unidades formadoras de colonias (ufc)/mL de un único germen, en ausencia de síntomas, en una muestra de orina bien recogida. La BA es rara en jóvenes y frecuente en personas mayores en las que la prevalencia es de 8% en varones y 16% en mujeres (Hooton TM, 2013; Fekete T, 2013).

Se recomienda el cribado y tratamiento de la BA en varones antes de la resección transuretral de próstata (RTU) y de otras manipulaciones instrumentales que puedan provocar sangrado de la mucosa. Los estudios han mostrado que los antibióticos previenen la bacteriemia y la sepsis producida por una resección transuretral en hombres con BA (Hooton TM, 2003; Gupta K, 2012; Nicolle LE, 2005).

La BA no se asocia a incremento del riesgo de infección quirúrgica en otro tipo de intervenciones, por tanto no precisa tratamiento (Hooton TM, 2013). No se recomienda el cribado de bacteriuria asintomática en el varón en otras situaciones diferentes a la comentada porque el tratamiento no mejora los resultados clínicos. La presencia de BA no lleva a enfermedad renal ni disminuye la supervivencia, puede ser un predictor de mala salud en determinado grupo de pacientes, como diabéticos o institucionalizados, pero en sí misma no es factor de riesgo independiente para la mortalidad (Gupta K, 2012). No tratar la BA es una manera importante de contribuir a la reducción del desarrollo de resistencias bacterianas (Fekete T, 2013).

Cistitis y pielonefritis aguda

¿De qué hablamos?

La cistitis es la infección de la vejiga o infección del tracto urinario (ITU) inferior. Puede presentarse sola o asociada a pielonefritis. En varones se presenta menos frecuentemente que en mujeres por la mayor longitud de la uretra, el medio seco de la zona periuretral y por las sustancias antibacterianas contenidas en los fluidos prostáticos (Swygard H, 2013). Solo un número pequeño (entre 5 y 8) de 10.000 hombres sanos de mediana edad, tendrán una ITU sintomática en un año (Hooton TM, 2013).

La pielonefritis es la ITU superior, supone la afectación de la pelvis y del parénquima renal, en casos poco frecuentes puede desencadenarse una sepsis, con afectación de distintos órganos, insuficiencia renal aguda y shock séptico. Puede estar acompañado de síndrome miccional (Hooton TM, 2013).

Motivos de infección urinaria complicada con riesgo de mala respuesta terapéutica:

- Inmunosupresión.
- Obstrucción del aparato urinario.
- Anormalidades estructurales del aparato urinario.
- Antecedentes de infecciones urinarias en la infancia.
- Diabetes mellitus.
- Litiasis urinaria.
- Hospitalización reciente.
- Síntomas de más de siete días de duración.
- Producidas por germen multiresistente.
- Antecedentes de pielonefritis en el año anterior.
- Insuficiencia renal.
- Manipulación reciente del tracto urinario.
- Trasplante renal.
- Presencia de sondas.

¿Cómo se diagnostica?

Los síntomas son disuria, frecuencia, urgencia, dolor suprapúbico y/o hematuria propios de la cistitis o los síntomas que suelen acompañar a la ITU de vías altas, fiebre (>38 °C), escalofrío, dolor en costado, sensibilidad en ángulo costovertebral, náuseas y vómitos. El diagnóstico se basa en los síntomas y el examen físico en el que se explorará la sensibilidad en ángulo costovertebral, el abdomen y, en algunos casos la próstata mediante tacto rectal (Hooton TM, 2013).

Para orientar el diagnóstico diferencial y la posibilidad de ITU complicada puede ser útil conocer el perfil de micciones en cuanto a dificultad y frecuencia, comorbilidad, revisar los fármacos o productos de parafarmacia usados que puedan influir en los síntomas (NICE, 2010).

Se buscará la presencia de leucocitos en orina aspecto de interés pues la piuria está presente casi siempre en el caso de ITU en el varón y su ausencia debe hacernos pensar o en un diagnóstico alternativo o en una pielonefritis con una lesión obstructiva (Hooton TM, 2013). El método mas seguro para evaluar la piuria es el examen de una muestra de orina en el citómetro, se considera anormal si las cifras son ≥10 leucocitos/microL. Si hay cilindros leucocitarios es diagnóstico de infección urinaria de vías altas. La presencia de hematíes es una ayuda puesto que es frecuente en UTI pero no en uretritis. La hematuria no es indicador de infección complicada y no hace necesario prolongar el tratamiento (Hooton TM, 2013). Las tiras de orina son una opción para la identificación de piuria, pero hay que tener en cuenta la posibilidad de ofrecer resultados de falso negativo y falso positivo, no todas las bacterias reducen los nitratos a nitrito (Raynor MC, 2011).

Ante toda infección urinaria en el varón siempre se debe solicitar cultivo de orina de manera previa al tratamiento pero sin que suponga un retraso en el inicio del mismo (Hooton TM, 2013; GuptaK, 2012), un recuento de bacterias ≥10⁴ ufc/mL confirmará el diagnóstico, para otros autores es diagnóstico el crecimiento de >10³ ufc/ml de una única bacteria en varones sintomáticos (SIGN, 2012). Los gérmenes identificados con más frecuencia son *Escherichia Coli* (75 a 95%), *Proteus mirabilis* y *Klepsiella Pneumoniae*, es raro aislar otro tipo de gérmenes en ITUs no complicadas (Hooton TM, 2013; Fernández R, 2012).

¿Qué diagnóstico diferencial? (Hooton TM, 2013)

- **Prostatitis aguda:** se manifiesta también con disuria, frecuencia, urgencia y piuria. Si además hay fiebre, escalofríos, malestar, mialgias, dolor pélvico, dolor perineal, síntomas obstructivos como goteo o dificultad para orinar lo mas probable es que se trate de una prostatitis bacteriana. El hallazgo de una próstata sensible y edematosa en el tacto rectal confirmará al diagnóstico (Hooton TM, 2013).
- **Prostatitis bacteriana crónica:** puede haber síntomas de cistitis a los que se añade molestias en periné, eyaculación dolorosa, dolor pélvico o dolor irradiado a espalda. Hay que pensar en esta posibilidad en los casos de cistitis recurrente (Swygard H, 2013).
- **Uretritis:** se considerará en varones con vida sexual activa, se explorará la presencia de úlceras, adenopatías, si hay exudado uretral se tomará muestra para identificación *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (Hooton TM, 2013; Fernández R, 2012).

¿Qué tratamiento?

Antes de la elección del tratamiento se tendrá en cuenta que el uso indiscriminado de antibiótico de amplio espectro facilita el desarrollo de resistencias y el incremento de la infección por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente o por *Clostridium difficile*, se desaconseja la utilización de antibióticos de amplio espectro como primera línea de tratamiento en infecciones no complicadas, en caso de fracaso tras el uso de fármacos de espectro reducido, se actuará en función de los resultados del urocultivo (SIGN, 2012).

No hay estudios de buena calidad identificados para el tratamiento de ITU en varones, hay variabilidad en relación con la duración adecuada del tratamiento. En algunos casos los datos se extrapolan de los estudios realizados en mujeres.

Tratamiento cistitis

Se tomará muestra de orina antes de iniciar el tratamiento:

- Amoxicilina clavulánico 500/125 (Fernández R, 2012).
- Cefuroxima acetilo 250-500 (Fernández R, 2012).
- Quinolonas. Algunos autores recomiendan quinolonas en caso de alergia a betalactámicos (Fernández R, 2012). Otros consideran adecuado usarla como primera opción, tiene el inconveniente de generar resistencias (AEU, 2013; Hooton TM, 2013). Se consideran de elección en caso de sospecha de prostatitis (SIGN, 2012).
 - Ciprofloxacino 500.
 - Levofloxacino 500 ó 750.
- Cotrimoxazol 160/800. No para uso empírico si la resistencia en al comunidad en la que se trabaja >20% (Hooton TM, 2013; Infac, 2011). Recomendado para tratamiento prolongado en infecciones urinarias de repetición a dosis de 40/200 una toma día durante 6 meses (Fernández R, 2012).

Tabla 1. Tratamiento de la cistitis en el varón			
Tratamiento de la cistitis no complicada en el varón			
Fármaco	Dosis día	Tomas día	Duración ¹
<u>Amoxicilina clavulánico</u>	500/125	3	7-14 días
<u>Cefuroxima acetilo</u>	200-500	2	7-14 días
<u>Ciprofloxacino</u>	500 mg	2	7-14 días
<u>Levofloxacino</u>	500 ó 750	1	5 días
<u>Cotrimoxazol</u> ²	160/800	2	7-14 días
¹ Si no hay síntomas ni signos sugestivos de pielonefritis o prostatitis es suficiente con siete días de tratamiento, 14 días en ancianos.			
² No de uso empírico sólo con gérmenes sensibles.			
Si existen síntomas que sugieran prostatitis se optará por una quinolona, se mantendrá el tratamiento durante 2 (AEU, 2013) ó 4 semanas (SIGN, 2012).			

Tratamiento pielonefritis

En los casos de pielonefritis aguda no complicada sin riesgo de microorganismos resistentes (ver tabla) que pueden recibir tratamiento ambulatorio se recomienda:

- Amoxicilina clavulánico oral (Fernández R, 2012).
- Cefuroxima oral (Fernández R, 2012).
- Cefixima oral (Fernández R, 2012).
- Ciprofloxacino oral (Hooton TM, 2013; Fernández R, 2012).
- Levofloxacino oral (Hooton TM, 2013; Fernández R, 2012).

Tabla 2. Tratamiento pielonefritis no complicada en el varón			
Tratamiento pielonefritis no complicada en el varón			
Fármaco	Dosis día	Tomas día	Duración
Amoxicilina clavulánico	500-875/125	3	10-14 días
Cefixima	400 mg	1	10-14 días
Ciprofloxacino	500	2	10-14 días
Levofloxacino	500	1	10-14 días
Se puede iniciar el tratamiento con una dosis parenteral de 240 mg de gentamicina, 500 de ciprofloxacino ó 500 de levofloxacino y continuar con tratamiento oral.			
La pielonefritis complicada precisa ingreso hospitalario.			

Una opción terapéutica es iniciar el tratamiento por vía parenteral con gentamicina 240 mg 1 dosis, ciprofloxacino 500, 1 dosis parenteral o levofloxacino 1 dosis parenteral y seguir con vía oral si el paciente está estable (Hooton TM, 2013; Fernández R, 2012).

Si los síntomas persisten tras 48-72 horas de tratamiento adecuado se debe remitir al paciente para seguimiento hospitalario, será necesario valorar la solicitud de nuevo urocultivo y tratamiento con otro antibiótico (Hooton TM, 2012).

Los pacientes con pielonefritis complicada deben ser remitidos para tratamiento hospitalario (Hooton TH, 2013).

Si los síntomas recidivan a las pocas semanas de finalizar el tratamiento se debe evaluar para descartar infección complicada, se repetirá el urocultivo y se iniciará tratamiento empírico con otro antibiótico (Hooton TM, 2013).

Es prudente monitorizar a los pacientes con ITU complicada durante y tras el tratamiento, en estos casos se incrementa la posibilidad de fracaso terapéutico y existe un riesgo mayor de morbilidad significativa que en ITU no complicada. Se reevaluará si los síntomas reaparecen tras el tratamiento. La ITU complicada es un problema muy heterogéneo motivo por el que el seguimiento debe ser individualizado (Gupta K, 2012).

¿Cuándo hacer estudio urológico?

Aunque se considera que tras una ITU en varones se debería realizar una evaluación urológica, los estudios de imagen en cistitis aguda en varones <45 años o mayores sin dificultades para el vaciado de la vejiga o hematuria es poco fructífero (Gupta K, 2012). La evidencia en cistitis en varones es limitada. En los casos de cistitis no complicada las pruebas de imagen (Rx abdominal, ecografía, TAC y urografía IV) sólo añaden gasto, riesgos, retrasos y poco beneficio para el paciente según consenso de expertos. Estos estudios solo se harán si hay una alta sospecha pretest para una alternativa diagnóstica o un problema anatómico que requiera intervención como litiasis u obstrucción de la vejiga (Gupta K, 2012; Infac, 2011; Ulleryd P, 2001).

Se realizará estudio de imagen a los pacientes con mala respuesta, con antecedentes de litiasis renal y síntomas sugestivos de cólico renal o incluidos en el grupo de riesgo de infecciones complicadas (Gupta K, 2012).

En los casos de cistitis recurrente se realizará una evaluación de próstata y de posible prostatitis (Hooton TM, 2013).

Situaciones que requieren consulta urológica (Gupta K, 2012; SIGN, 2012).

- ITU complicada sobre todo en pacientes con sonda vesical.
- El germen aislado en orina es resistente a los antibióticos habituales.
- Pielonefritis que no responde al tratamiento adecuado en 72 horas.
- Litiasis u otro problema asociado.
- ITU recurrente.

Si hay algún dato sugestivo de anormalidad en el tracto urinario o sospecha de obstrucción ureteral se valorará la derivación urgente a urología, pues puede ser necesario implantar un stent ureteral o realizar una nefrostomía percutánea (Raynor MC, 2011).

Bibliografía

- Fekete T, Hooton TM. Approach to the adult with asymptomatic bacteriuria. [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2013, version 21.8. [acceso 6/11/2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Fernández Urrusuno R, Serrano Martino C, Corral Baena S. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe. 2a ed. Sevilla: Distrito Sanitario Aljarafe y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe; 2012. [Texto completo](#)
- Gupta K, Trautner B. In the clinic. Urinary tract infection. Ann Intern Med. 2012;156(5):ITC3-1-ITC3-15; quiz ITC3-16. PubMed [PMID: 22393148](#)
- Hooton TM. Acute complicated cystitis and pyelonephritis [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2013, version 21.8. [acceso 6/11/2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Hooton TM. Acute uncomplicated cystitis, pyelonephritis, and asymptomatic bacteriuria in men [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2013, version 21.8. [acceso 6/11/2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

- Infección urinaria en el adulto: actualización. Infac. 2011;19(9). [Texto completo](#)
- National Clinical Guideline Centre (UK). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance . The Management of Lower Urinary Tract Symptoms in Men [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2010. PubMed [PMID: 22319808](#). [Texto completo](#)
- Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM; Infectious Diseases Society of America; American Society of Nephrology; American Geriatric Society. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis. 2005;40(5):643-54. PubMed [PMID: 15714408](#). [Texto completo](#)
- Raynor MC, Carson CC 3rd. Urinary infections in men. Med Clin North Am. 2011;95(1):43-54. PubMed [PMID: 21095410](#)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. Edinburgh: SIGN; 2012. (SIGN publication no. 88). [Texto completo](#)
- Swygard H, Cohen MS, Seña AC. Approach to dysuria in the adult man [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2013, version 21.8. [acceso 6/11/2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Ulleryd P, Zackrisson B, Aus G, Bergdahl S, Hugosson J, Sandberg T. Selective urological evaluation in men with febrile urinary tract infection. BJU Int. 2001;88(1):15-20. PubMed [PMID: 11446838](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Grabe M, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Çek M, Naber KG, Pickard RS, Tenke P, Wagenlehner F, Wulft B. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology; 2013. [Texto completo](#)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. Edinburgh: SIGN; 2012. (SIGN publication no. 88). [Texto completo](#)

Autora

- Cristina Viana Zulaica Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria Elviña-Mesoiro. Servizo Galego de Saúde. A Coruña.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

